

ESTADO DE NUEVA YORK  
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS**INFORME DE CEGUERA LEGAL/SOLICITUD DE INFORMACIÓN**

COMISIÓN PARA LOS CIEGOS DEL ESTADO DE NUEVA YORK (NEW YORK STATE COMMISSION FOR THE BLIND, NYSCB)

**Complete esta información en su totalidad para evitar retrasos en el registro del paciente o en la recepción de la información solicitada (escriba de manera clara en letra de molde).****INFORME DE CEGUERA LEGAL: complete esta parte para informar la ceguera legal.**

<b>PARTE A</b>	<b>INFORMACIÓN DEL PACIENTE:</b>					
	APELLIDO:		NOMBRE:		Inicial del segundo nombre	SEXO
					FECHA DE NACIMIENTO:	NUMERO DE SEGURO SOCIAL:
					/ /	( ) -
	DIRECCIÓN:					NUMERO DE TELÉFONO:
						( ) -
	CIUDAD:		ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:		CONDADO O DISTRITO DE NYC:
			NY			
	<b>EXAMINADOR: MARQUE LA CONDICIÓN Y LA CAUSA QUE CORRESPONDA:</b>					
	<b>CONDICIÓN</b>			<b>CAUSA</b>		
	1. <input type="checkbox"/> Ceguera en ambos ojos; no hay percepción de la luz.			1. <input type="checkbox"/> Cataratas		
	2. <input type="checkbox"/> Una agudeza visual de 20/200 o menos en el ojo de mayor visión con la mejor corrección.			2. <input type="checkbox"/> Glaucoma		
	3. <input type="checkbox"/> Un campo visual no superior a 20 grados en el ojo de mayor visión.			3. <input type="checkbox"/> Todas las demás enfermedades:		
	4. <input type="checkbox"/> Esta persona está incluida en la definición de ceguera legal debido a una condición de la visión como la discapacidad visual cerebral. Las pruebas de agudeza estándar son imposibles o poco fiables y, en mi opinión médica, la visión funcional cumple la definición de ceguera legal.			4. <input type="checkbox"/> Condición congénita		
				5. <input type="checkbox"/> Accidente, intoxicación, exposición o lesión		
5. <input type="checkbox"/> Esta persona estaba registrada como legalmente ciega y ahora <b>no</b> lo es. (Si es así, compruebe la Causa n.º 7).			6. <input type="checkbox"/> Causa sin especificar			
6. <input type="checkbox"/> Esta persona tiene un empleo y se espera que se quede legalmente ciega en el plazo de un año.			7. <input type="checkbox"/> Visión mejorada			
<b>DIAGNÓSTICO DE LA VISIÓN:</b>						
APELLIDO DEL EXAMINADOR:		NOMBRE:		PROFESIÓN DEL EXAMINADOR:	FECHA DE EXAMEN MÉDICO:	
				<input type="checkbox"/> Oftalmólogo <input type="checkbox"/> Optometrista	/ /	
				<input type="checkbox"/> Médico		
DIRECCIÓN:						
CIUDAD:		ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:		NUMERO DE TELÉFONO:	
					( ) -	
FIRMA DEL EXAMINADOR:						
<b>X</b>						
<b>PARA PERSONAS MENORES DE 18 AÑOS, ES NECESARIO EL NOMBRE Y LA DIRECCIÓN DEL PADRE/MADRE/TUTOR:</b>						
PADRE/MADRE/TUTOR: APELLIDO			NOMBRE:			
DIRECCIÓN:						
CIUDAD:		ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:		NUMERO DE TELÉFONO:	
					( ) -	
<b>PRESENTADOR (SI NO ES EL MISMO QUE FIGURA ARRIBA):</b>						
PRESENTADOR: APELLIDO			NOMBRE:			
DIRECCIÓN:						
CIUDAD:		ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:		NUMERO DE TELÉFONO:	
					( ) -	
<b>SOLICITUD DE INFORMACIÓN: Complete esta sección si la persona solicita información de la Comisión para los Ciegos del Estado de Nueva York (NYSCB).</b>						
<b>PARTE B</b>	<input type="checkbox"/> Cómo puedo hacer las tareas domésticas					
	<input type="checkbox"/> Cómo puede ayudarme la NYSCB a prepararme para un empleo					
	<input type="checkbox"/> Cómo puede ayudarme la NYSCB a conservar mi empleo actual					
	<input type="checkbox"/> Cómo puede ayudar la NYSCB a prestar servicios al menor legalmente ciego mencionado arriba					
	<input type="checkbox"/> Otros servicios (especifique):					
PERSONA DE CONTACTO (PACIENTE/PRESENTADOR) (en letra de molde):					NUMERO DE TELÉFONO:	
					( ) -	

**INFORME DE CEGUERA LEGAL (Parte A)****(Para que lo complete un oftalmólogo, optometrista u otro médico)**

Esta sección debe completarse para todas las personas que cumplan al menos una de las condiciones (1-6) listadas en la **Página 1**:

**SOLICITUD DE INFORMACIÓN (Parte B)****(Para ser completado por, o para, una persona legalmente ciega)**

Además de completar la **Parte A**, pregúntele al paciente si tiene dificultades para hacer tareas o actividades. Si la respuesta es sí, ayúdelo o pídale al paciente que complete la **Parte B** e infórmele que el formulario se enviará a la NYSCB.

Envíe el formulario completo a la oficina de la NYSCB indicada abajo que atienda al condado/municipio en el que resida este paciente. Luego, se comunicarán con el paciente para informarle sobre los servicios de rehabilitación.

<u>Condados a los que se presta servicio</u>	<u>Enviar a:</u>	<u>Condados a los que se presta servicio</u>	<u>Enviar a:</u>
Allegany	<b>NYSCB</b> <b>Ellicott Square Building</b> <b>295 Main St.</b> <b>Suite 545</b> <b>Buffalo, NY 14203</b> <b>Teléfono: (716) 847-3516</b>	Broome	<b>NYSCB</b> <b>The Atrium</b> <b>100 South Salina St.</b> <b>Suite 105</b> <b>Syracuse, NY 13202</b> <b>Teléfono: (315) 423-5417</b>
Cattaraugus		Cayuga	
Chautauqua		Chemung	
Erie		Chenango	
Genesee		Cortland	
Livingston		Herkimer	
Monroe		Jefferson	
Niagara		Lewis	
Ontario		Madison	
Orleans		Oneida	
Steuben		Onondaga	
Wayne		Oswego	
Wyoming		Schuyler	
Yates		Seneca	
		St. Lawrence ( <i>niños</i> )	
Albany	<b>NYSCB</b> <b>Albany District Office</b> <b>52 Washington St.</b> <b>Rensselaer, NY 12144</b> <b>Teléfono: (518) 473-1675</b>	Tioga	
Clinton		Tompkins	
Columbia			<b>NYSCB</b> <b>117 East Stevens Ave.</b> <b>Suite 300</b> <b>Valhalla, NY 10595</b> <b>Teléfono: (914) 993-5370</b>
Delaware		Dutchess	
Essex		Orange	
Franklin		Putnam	
Fulton		Rockland	
Greene		Sullivan	
Hamilton		Ulster	
Montgomery		Westchester	
Otsego			<b>NYSCB</b> <b>711 Stewart Ave.</b> <b>Suite 210</b> <b>Garden City, NY 11530</b> <b>Teléfono: (516) 743-4188</b>
Rensselaer		Nassau	
Saratoga		Suffolk	
Schenectady		Queens ( <i>central y este</i> )	
Schoharie			<b>NYSCB</b> <b>80 Maiden Lane</b> <b>Suite 401</b> <b>New York, NY 10038</b> <b>Teléfono: (212) 825-5710</b>
St. Lawrence ( <i>adultos</i> )		<b><u>Distritos a los que se presta servicio</u></b>	
Warren		Brooklyn	
Washington	Manhattan ( <i>hasta 23<sup>rd</sup> St. inclusive</i> )		
		Staten Island	
<b>Visite nuestro sitio web para encontrar más información y recursos.</b> <a href="http://visionloss.ny.gov">visionloss.ny.gov</a>		Bronx	<b>NYSCB</b> <b>163 W. 125<sup>th</sup> St.</b> <b>Suite 1315</b> <b>New York, NY 10027</b> <b>Teléfono: (212) 961-4440</b>
		Queens ( <i>oeste</i> )	
		Manhattan ( <i>norte de 23<sup>rd</sup> St.</i> )	